Nr 5. Kraków, 3. lutego 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LVI. Kraków, 3. lutego 1917. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†

WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI.

W trudnych dla narodu chwilach zsyła los czasem ludzi, którzy biorą w rękę rząd dusz i choć żadnych nie noszą tytułów, stają na czele swego społeczeństwa, krzepią je swymi czynami i wiodą ku lepszej przyszłości. Jedni z nich ujmują królewskie władanie nad całym narodem; innych, choć w ciaśniejszem działających kole, równa z tamtymi miara duchowego wysiłku, miara zasługi i owoców pracy.

Do takich należał Władysław Biegański.

Nauczycielem był młodych pokoleń lekarskich, choć na żadnej nie zasiadał katedrze, przodownikiem polskiej medycyny, choć musiał pracować w warunkach trudnych, zdala od nowocześnie urządzonych warsztatów, chlubą był piśmiennictwa lekarskiego, choć dzieła swe tworzył nie w stolicy, bez pomocy bogatych książnic i ożywczego środowiska. Wskazywał najwyższe cele, sam w nie przez cały swój żywot wpatrzony, a głębokiem ukochaniem ideału i wierną dla niego służbą rozgrzewał obojętnych i krzesał w zimnych święty płomień obowiązku obywatelskiego.

Pochodził z Wielkopolski. Urodzony w Grabowie w Księstwie Poznańskiem, szkoły średnie przeszedł w r. 1867—1875 w Piotrkowie. Medycynę studyował w Warszawie; choć od zamknięcia Szkoły głównej minął już lat szereg, umiał jednak odczuć jej świetne tradycye i do dna przesiąknąć wszystkiem, co w niej było najlepsze. Od r. 1880 pracował w szpitalu Ziemstwa w powiecie żyzdryńskim gubernii kałuskiej; po dwu latach ruszył na zachód i r. 1883 spędził na klinikach berlińskich i praskich. Po powrocie osiadł w Częstochowie, i tu, na skromnem stanowisku lekarza szpitala NPMaryi i kolei warszawsko-wiedeńskiej, rozwinął zdumiewającą działalność naukową i piśmienniczą, jednającą Mu nietylko w zakresie medycyny, lecz także w zakresie filozofii głośne imię, wielkie uznanie u obcych i swoich. Objąwszy stanowisko prezesa Towarzystwa lekarskiego w Częstochowie, uczynił je środowiskiem ożywionego i poważnego ruchu umysłowego.

Lista prac Biegańskiego jest długa. Rozpoczyna je rozprawa o hemiatetozie, ogłoszona w »Gazecie lekarskiej« w r. 1883. Odtąd rokrocznie ukazywały się rozprawy, uderzające bystrością spostrzeżeń, wytrawnością sądu i rozległością wykształcenia. Ale okres rozgłosu i wzrastającej wdzięczności rozpoczął się dopiero, gdy zaczęły wychodzić znakomite dzieła Biegańskiego, równie świetnego pisarza w zakresie medycyny praktycznej, jak w zakresie zagadnień teoretycznych i krytycznych rozbiorów zasadniczych pojęć. Któż z polskich lekarzy nie zna, kto nie zawdzięcza wiele jego dyagnostyce chorób wewnętrznych, jego dziełu o chorobach zakaźnych, o zagadnieniach z teoryi nauk lekarskich. Wydaniem »Logiki medycyny« wpłynął znacznie na pogłębienie myśli lekarskiej polskiej, a aforyzmami o etyce lekarskiej postawił sobie trwały pomnik w umysłach i sercach.

Władysław Biegański zasłużył na to, aby całą Jego działalność oceniono w osobnej monografii. Miejmy nadzieję, że wkrótce spłacony zostanie ten dług Jego pamięci.

Za wcześnie Go zabrakło!

C.

O leczeniu ran postrzałowych czaszki na stacyi opatrunkowej.

Podał

Dr Feliks Hahn,

komendant zakładu sanitarnego dywizyjnego.

(Wykład d. 26. I. 1916 na zgromadzeniu niemieckich i austryacko-węgierskich wojskowych lekarzy chirurgów niemieckiej armii południowej).

Mimo zmniejszenia kalibru pocisków karabinowych, mimo ulepszonego leczenia wojenno-chirurgicznego i mimo innych modnych postępów, postrzały czaszki i dziś jeszcze należą do najniebezpieczniejszych ran postrzałowych w polu.

Według Eug. Birchera [1]) 50% poległych stanowią postrzały czaszki. Według v. Oettingena [2]), Kadera [3]) i innych umiera w zakładach leczniczych 25%—50% tego rodzaju rannych, którzy nie zginęli na placu boju, wielka część »wyleczonych« cierpi do końca życia na rozmaite dolegliwości, a tylko mała garstka zostaje w prawdziwem tego słowa znaczeniu uleczoną.

Ogólną śmiertelność skutkiem postrzałów czaszki podają statystycy rozmaicie, a mianowicie na 25%—75%. Rozbieżność tych liczb pochodzi stąd, że zestawienia różnych autorów nie opierały się na jednej zasadzie, lecz na rozmaitych.

Że bardzo wiele przyczyn wpływa na cyfrę śmiertelności, wynika n. p. z porównania następujących dwu zestawień: w wojnie rosyjsko-japońskiej wynosiła śmiertelność (według Sticha [4]) przy postrzałach stycznych (Tangentialschüsse) 30—35%, przy postrzałach ślepych (Steckschüsse) 35%, a przy poprzecznych przestrzałach 19%, natomiast w wojnie bałkańskiej (według Vollbrechta [5]) przy stycznych 32·2%, przy postrzałach ślepych 71·5%, a przy poprzecznych przestrzałach 42·8%.

Co do częstości postrzały głowy zajmują pierwsze miejsce po ranach postrzałowych kończyn. Porównując bowiem wiele statystyk, otrzymuje się następującą, prawie stałą skalę statystyczną ran postrzałowych:

Górne i dolne kończyny po	30%,
głowa	16%,
pierś	14%,
brzuch i miednica	10%.

Gdy od postrzałów głowy potrącimy rany części miękkich, otrzymamy zawsze jeszcze dość pokaźną liczbę, bo 6% właściwych postrzałów czaszki, liczbę, przewyższającą odsetek postrzałów jamy brzusznej, wynoszący 5%.

Przyczyny ogromnego niebezpieczeństwa postrzałów czaszki są głównie następujące: 1) ubytek ważnych części mózgu, 2) krwawienia, 3) zakażenie.

Pierwsza przyczyna wywołuje skutki, z góry nie do poprawienia, druga jest ogólnie znana jako wskazanie do zabiegu chirurgicznego, w każdym razie jest jednak przypadkiem bardzo rzadkim. Pozostaje zatem do omówienia przyczyna trzecia, t. j. zakażenie.

Tylko w bardzo nielicznych przypadkach może rana postrzałowa czaszki przebiegać bez zakażenia, przyjmując z góry idealną czystość i inne korzystne warunki. Zważywszy ogólnie znane niekorzystne warunki, w jakich się znajdują żołnierze w czasie bitwy, musi się dojść do przekonania, że wielka część postrzałów czaszki prędzej lub później uledz musi zakażeniu.

Skoro zatem Tillmann [6]) podaje, że »robił sekcye przypadków nieoperowanych, w których zachodziło zakażenie bez zabiegu chirurgicznego i że widział 18 przestrzałów, wyleczonych bez operacyi«, to zdanie to jest tylko potwierdzeniem naszego dopiero co wyrażonego zapatrywania.

Z wyjątkiem małej garstki zwolenników leczenia zachowawczego (jak Holbeck [7]), Demmer [8]), Franz [9]), Sick [10]) i i.) są prawie wszyscy chirurdzy wojenni za zabiegiem operacyjnym.

Już z wojny bałkańskiej 1912/13 donosi Moszkowicz [11]), że »według zgodnego zapatrywania wszystkich postrzały czaszki mogą być wyleczone tylko przez zabieg wczesny«. Schliep [12]) pisze o 575 postrzałach czaszki, leczonych na stacyi opatrunkowej serbskiej dywizyi »Morawa«: »Usuwano tylko odłamki kostne, ciała obce i zanieczyszczenia, a przy ucisku mózgu starano się o należyty odpływ, zresztą o dobre opatrunki. Zdaniem autora należało wiele więcej operować. Niejednego byłoby się w ten sposób ocaliło. Niestety nie było czasu do operacyi«.

W »Przewodniku« z roku 1912 zwraca v. Oettingen uwagę na to, że »najskuteczniej zwalczamy zakażenie przez operacyę, gdyż inne środki zawodzą, a mianowicie należy operować ile możności w pierwszych 24 godzinach, albowiem operacya późniejsza ma znacznie gorsze rokowanie«. W tem samem dziele znajduje się ustęp: »Na stacyi opatrunkowej niechętnie podejmujemy się operacyi czaszki, gdyż aseptyka niezawsze jest bez zarzutu, a operowany z powodu postrzału czaszki gorzej znosi transport do szpitala, niż nieoperowany«. Również w podręczniku swym »Wytyczne działalności wojenno-chirurgicznej« uważa v. Oettingen [13]) jako »główne niebezpieczeństwo przy postrzale czaszki łatwo występujące zakażenie«, równocześnie jednak zaleca, aby zabiegi operacyjne wykonywano ile możności w szpitalu polowym.

W naszej książce służbowej »N—16« [14]) znajdujemy następujące wskazania do zabiegu chirurgicznego: »a) Strzaskania (Splitterfrakturen), w pierwszym rzędzie często się zdarzające postrzały styczne, b) krwawienia z tętnicy oponowej środkowej«. Przy a) znajduje się następujący ustęp: »Te zabiegi z reguły można odłożyć aż do przybycia rannego do szpitala polowego i tylko wówczas należy je wykonać już na stacyach opatrunkowych, jeżeli nima widoków, by ranny mógł się dostać w pierwszych 24 godzinach do szpitala polowego«.

Jako praktyczny punkt oparcia do ocenienia, czy postrzały styczne należy leczyć chirurgicznie, podaje ta książka służbowa (jak to zresztą podaje i v. Oettingen) stosunek średnicy obydwu otworów postrzału do leżącego między nimi mostka. »Jeżeli mostek jest dłuższy, niż średnica obu otworów, wskazane jest leczenie zachowawcze, jeśli zaś krótszy — chirurgiczne«.

Będąc pod wrażeniem tych zasad, które wpojono w lekarzy wojskowych w czasie pokoju, stosowaliśmy prawie rok cały przy ranach postrzałowych czaszki leczenie zachowawcze, tembardziej, że wyniki były pozornie bardzo zadowalające, co się okazuje z faktu, że z 632 postrzałów czaszki, przybyłych na stacyę opatrunkową w czasie od początku wojny do stycznia 1916, tylko 70 rannych, t. j. 11·08%, zmarło częścią w zakładzie, częścią w drodze do niego.

Skorośmy się jednak po dłuższym czasie dowiedzieli,

1) Eug. Bircher, Bedeutung der Schusswunden. Frauenfeld 1908.

2) W. v. Oettinger, Leitf. der prakt. Kriegschw. 1912.

3) Przegl. lek. 1916 Nr. 1.

4) M. m. W. 1915 Nr. 1.

5) M. m. W. 1915 Nr. 3.

6) M. m. W. 1915 Nr. 16.

7) Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens H. 53.

8) W. m. W. 1915, Militärarzt Nr. 12.

9) Berliner klin. Wochschr. 1914 Nr. 34.

10) M. m. W. 1915 Nr. 5.

11) Beitr. zur klin. Chir. Bd. 91.

12) M. m. W. 1914 Nr. 1.

13) W. v. Oettingen, Richtlinien f. die kriegschir. Tätigkeit auf dem Verbandplatze 1914.

14) N—16, Anleitung f. die kriegschirurgische Tätigkeit auf dem Schlachtfelde 1909 i 1914.

że część tych rannych zmarła jeszcze w drodze do szpitali polowych, a część w tych szpitalach i t. d., skierowaliśmy się — ośmieleni wynikami naszych laparotomii — na drogę chirurgiczną, o ile nie chodziło o przypadki beznadziejne. Żadną miarą jednak nie mogliśmy się stosować do zasady operowania w pierwszych 24 godzinach, gdyż z liczby mniej więcej 20 u nas operowanych przywieziono tylko 2 do zakładu tuż przed upływem 24 godzin, resztę zaś po upływie tego czasu, a niektórych nawet dopiero po kilku dniach. Z tych ostatnich 3 albo 4 umarło, a obdukcya wykazała rozległe zniszczenia mózgu albo też zakażenie, które już istniało w czasie operacyi. Były to zatem przypadki beznadziejne.

Ponieważ opisy dokładnych spostrzeżeń posiadają większą wartość, niż wszelkie daty statystyczne, przeto przytaczamy kilka historyi chorych, operowanych w naszym zakładzie.

1. W. L., zraniony 24. IX. 1915, przywieziony do zakładu 25. IX. Stan obecny: Około 2 cm poza i nieco ponad lewym zewnętrznym otworem przewodu słuchowego rana postrzałowa 1 cm szeroka, 3 cm długa, przebiegająca ukośnie od przodu i góry ku tyłowi i w dół. Z niej sączy się krew, zmieszana z mózgiem. Tuż za tą raną można wyczuć pocisk na kości potylicznej. Chory oszołomiony.

Operacya dnia 25. IX. o godzinie 10 przed południem w uśpieniu chloroformowem. Cięcie przez części miękkie w kierunku rany i poza jej końce. Z tylnego kąta rany części miękkich wyjęto bardzo zniekształcony pocisk, który wykonał obrót 180° około swej osi poprzecznej, tak iż podstawa jego była zwrócona ku tyłogłowiu. Odsłonięto kość czaszki, rozszerzono ubytek kostny około 3 cm długi zapomocą nożyc Luera, oczyszczono wystające części mózgu z odłamków kostnych, założono mały setonik z gazy i zeszyto części miękkie, pozostawiając otwór dla sączka.

Przebieg: W pierwszym dniu ciepłota popoł. 37·5, potem aż do końca stan bezgorączkowy, tętno nie przekracza 78. W drugim dniu po operacyi mowa utrudniona, w piątym dniu już chory mówi wyraźniej, dobry apetyt. Siódmego dnia (30. IX) zmiana opatrunku, rana czysta, H_2O_2, wąziutki pasek gazy. Dalsze zmiany opatrunku 2/10, 5/10 i 7/10. Od 3/10 operowany ma się zupełnie dobrze. 7/10 odwieziono operowanego do szpitala polowego.

2. Oficer rosyjski T. I. Stan obecny: Chory senny. Na guzie potylicznym okrągły ubytek części miękkich o średnicy 2½—3 cm. Z rany sączy się krew w małej ilości.

Operacya 26/9 1915 o godz. 2 popoł. w uśpieniu chloroformowem. Poprzeczne cięcie przez części miękkie. Otwór w kości okrągły, o średnicy 12 mm, rozszerzono zapomocą nożyc Luera, usunięto drzazgi kostne z mózgu i z opony twardej i wyjęto pocisk (kulę szrapnelową), który się znajdował około 3 cm na lewo i w dół od otworu rany, tuż na łusce potylicznej. Założono kilka szwów i sączek gazowy.

Przebieg: W pierwszych trzech dniach ciepłota dochodzi do 38·2, w następnych dwóch do 37·7. Piątego dnia zmiana opatrunku. Rana czysta. H_2O_2. Dren z gazy, odtąd przebieg bezgorączkowy. 3/10 operowany ma się bardzo dobrze. 7/10 zmiana opatrunku. Odwieziono chorego do szpitala polowego.

(Dokończenie nastąpi).

Schorzenia narządu słuchu i górnych dróg oddechowych i wpływ ich na zdolność do służby wojskowej.

Na podstawie spostrzeżeń, poczynionych w obecnej wojnie,

podał

Dr Teofil Zalewski
Docent prywatny chorób usznych.

(Dokończenie).

Wedle częstości zachorowania i wedle ważności stoją choroby ucha środkowego dla lekarza wojskowego na pierwszem miejscu.

Obrażenia narządu słuchu mieliśmy sposobność spostrzegać rzadko. Wedle naszej statystyki zdawałoby się, że obrażenia narządu słuchu zachodzą stosunkowo bardzo rzadko. Zdaje mi się jednak, że statystyki szpitalne, szczególnie ze szpitali, znajdujących się dalej od frontu, mają małą wartość. Przypuszczam, iż obrażenia narządu słuchu na polu bitwy są częstsze, niżbyśmy sądzić mogli według materyału szpitalnego, tylko że wskutek jednoczesnego uszkodzenia ważnych narządów wiele kończy się na polu bitwy śmiercią, a do szpitali dostajemy przypadki lżejsze. Zresztą zaprzeczyć się nie da, że ochronione położenie narządu słuchu przyczyniać się może do tego, że narząd ten rzadziej ulega obrażeniu, niż inne, mniej ochronione narządy, n. p. oko.

Także i działanie wielkich dział, zdaje mi się, okazało się w skutkach mniej szkodliwem, niżeśmy przypuszczać byli skłonni.

W naszych przypadkach uszkodzenia zewnętrznych części narządu słuchu uderza przeważająca liczba uszkodzeń po stronie lewej: z sześciu przypadków było pięć razy uszkodzenie po stronie lewej, a tylko raz jeden po stronie prawej.

Z obrażeń małżowiny usznej było w dwóch przypadkach przestrzelenie małżowiny, raz był brak obrąbka ucha w części zstępującej, a w jednym przypadku był brak kawałka małżowiny. We wszystkich czterech przypadkach słuch był dobry, a zniekształcenie małżowiny nieznaczne, tak że chorzy po wyleczeniu byli do służby frontowej zdolni.

W jednym przypadku kula karabinowa utkwiła w przewodzie słuchowym zewnętrznym; kula weszła przed skrawkiem przez przednią ścianę przewodu słuchowego chrząstkowego. Kulę wyjęto przez przewód słuchowy po przecięciu dolnej ściany przewodu usznego chrząstkowego. W przypadku tym było uszkodzone i ucho środkowe, a słuch, czy to wskutek powstałego ropienia ucha środkowego, czy też może wskutek jednoczesnego uszkodzenia błędnika, był bardzo znacznie upośledzony. Ropienie ucha środkowego pomimo długiego leczenia nie okazywało skłonności do wyleczenia; przypadek ten uznaliśmy jako »trudny do wyleczenia«.

W drugim przypadku przewód słuchowy zewnętrzny został przestrzelony; kula weszła w okolicy prawej kości policzkowej, a wyszła z lewej strony przed płatkiem usznym, uszkadzając jednocześnie podniebienie twarde, tak że był w niem ubytek wielkości korony. Przy badaniu stwierdzono zupełne zarośnięcie przewodu słuchowego, przytem słuch był w wysokim stopniu upośledzony. Sądząc z wywiadów, można przypuszczać, że głębsze części narządu słuchu nie były tutaj uszkodzone: ropienia wogóle miało nie być, a upośledzenie słuchu miało się rozwinąć stopniowo. Chorego tego uważam za niezdolnego do służby wojskowej.

W jednym przypadku spostrzegano wrodzony brak zewnętrznego przewodu słuchowego, połączony z niedokształceniem małżowiny usznej; na uchu tem była zupełna głuchota, prawdopodobnie wada rozwojowa dotyczyła i głębszych części ucha. Chorego tego uznano za zdolnego do służby pomocniczej.

W jednym przypadku spostrzegaliśmy przewlekłe ropienie zewnętrznego przewodu słuchowego bez jakiegokolwiek zajęcia głębszych części ucha; pomimo długiego leczenia nie można było ropienia tego doprowadzić do wyleczenia lub choćby tylko poprawy. Wskutek nadzwyczaj obfitej wydzieliny trzeba było przewód uszny dwa razy dziennie wypłukiwać lub na sucho oczyszczać. Takiego chorego można użyć tylko co najwyżej do służby pomocniczej, i to w warunkach, w których istnieje możliwość należytego pielęgnowania ucha.

Poza tymi przypadkami wszyscy inni chorzy ze zmianami w uchu zewnętrznem byli zupełnie zdolni do służby wojskowej. Ze zgłaszających się z cierpieniem ucha zewnętrznego było więc zaledwie około 2% niezdolnych do

żadnej służby wojskowej; taki sam był odsetek zdolnych do służby pomocniczej, a reszta 96% była całkowicie zdolna do służby frontowej.

Z chorób ucha środkowego wszystkie ostre choroby (ostre zapalenia i ropienia, ostre nieżyty i t. p.) leczono zachowawczo lub operacyjnie i wszystkie wyleczono z zachowaniem bystrości słuchu, odpowiadającej całkowitej zdolności do służby wojskowej.

Ciekawe są wyniki, jakie otrzymaliśmy przy leczeniu przewlekłego ropienia ucha środkowego, a to z tego powodu, że chodzi tutaj prawie wyłącznie o stałych chorych szpitalnych, a nie o chorych przychodnich. Pod tym względem statystyka nasza jest może jedyną, która może wykazać się taką liczbą chorych z ropieniem ucha środkowego, leczonych stale w szpitalu. Chorzy nasi znajdowali się w jak najlepszych warunkach do leczenia, statystyka nasza wykazuje więc, co można osiągnąć w odpowiednich warunkach zachowawczem leczeniem w przypadkach przewlekłego ropienia ucha środkowego.

Ze 130 chorych z przewlekłem ropieniem ucha środkowego po stronie prawej w 23 przypadkach los chorych nie jest mi znany: chorzy ci albo zjawili się tylko do badania, lub też w toku leczenia zostali wysłani do dalszych szpitali; 7 przypadków pozostało jeszcze w leczeniu.

Z pozostałych 100 przypadków w 70 osiągnięto zupełne wyleczenie i zupełną zdolność do służby wojskowej, przytem w siedmiu przypadkach także w drugiem uchu były zmiany w postaci pozostałości po przebytem przewlekłem ropieniu ucha środkowego, zmiany nieżytowe, lub ostre zapalenie ucha środkowego.

11 chorych było tylko do służby pomocniczej zdolnych, przytem w 4 przypadkach stwierdzono zmiany i w drugiem uchu.

19 chorych było wogóle do żadnej służby wojskowej niezdolnych, przyczem w 4 przypadkach były zmiany i w drugiem uchu.

Z 138 przypadków z lewostronnem przewlekłem ropieniem ucha środkowego w 32 przypadkach los chorych nie jest mi znany. Jeżeli odliczymy 3 przypadki, które dotyczą robotników wojskowych i 5 przypadków, które pozostały w leczeniu, to pozostaje 98 przypadków leczonych, względnie badanych.

W 71 przypadkach osiągnięto zupełne wyleczenie i całkowitą zdolność do służby wojskowej, z tego w 11 przypadkach były zmiany także i w drugiem uchu.

W 5 przypadkach istniała zdolność tylko do służby pomocniczej, a 23 chorych było wogóle do żadnej służby wojskowej niezdolnych, z tego w 5 przypadkach były zmiany także i w drugiem uchu.

Jeżeli uwzględnimy wszystkie przypadki jednostronnego przewlekłego ropienia ucha środkowego, to w 71% osiągnięto całkowitą zdolność do służby wojskowej, w 9% uzyskano zdolność do służby pomocniczej, a 20% było do żadnej służby wojskowej niezdolnych.

Jak można było się spodziewać, przy obustronnem przewlekłem ropieniu ucha środkowego wyniki są znacznie gorsze, jakkolwiek i tutaj w pewnej liczbie przypadków osiągnięto zupełną zdolność do służby frontowej.

Jeżeli odliczymy 2 przypadki, dotyczące robotników wojskowych i 12 przypadków, których los nie jest mi znany, to pozostaje 61 przypadków, które były w leczeniu. W 21 przypadkach osiągnięto całkowitą zdolność do służby wojskowej, wynosi to mniej więcej $1/3$ wszystkich przypadków, 6 chorych, t. j. 10%, było zdolnych do służby pomocniczej, a 34, t. j. około 56%, było do żadnej służby wojskowej niezdolnych.

Czas trwania leczenia przy ropieniu ostrem wynosił średnio 20—25 dni, zaś przy ropieniu przewlekłem 50—60 dni.

Z tego, cośmy wyżej podali, widzimy, że leczenie przewlekłego ropienia ucha środkowego w warunkach odpowiednich daje wyniki co do zdolności do służby wojskowej bardzo dobre; z tego też powodu wskazanem jest, by każdy przypadek przewlekłego ropienia ucha środkowego, gdzie tylko istnieje jaka taka możliwość wyleczenia, poddać odpowiedniemu leczeniu w szpitalach. Rzeczą jest pewną, że wielu z tych wyleczonych po pewnym czasie dostanie się ponownie do szpitala z nawrotem, nie zmienia to jednak postaci rzeczy; musimy takich chorych ponownie wziąć w leczenie i, jeżeli to okaże się możliwem, uczynić ich napowrót zdolnymi do służby wojskowej.

Z 124 przypadków, w których stwierdzono pozostałości po ropieniu ucha środkowego w jednem uchu, w 70 przypadkach drugie ucho nie okazywało zmian, w reszcie przypadków w drugiem uchu były zmiany nieżytowe lub też przewlekłe ropienie ucha środkowego. Z tych 70 chorych z jednostronnemi pozostałościami po przewlekłem ropieniu ucha środkowego 67 chorych było zdolnych do służby frontowej, a trzech do służby pomocniczej.

Przypadki z obustronnemi zmianami po przewlekłem ropieniu ucha środkowego przedstawiają się co do zdolności do służby wojskowej również korzystnie. Z 32 chorych 26 było zdolnych do służby frontowej, 1 był zdolny do służby pomocniczej, a tylko 5 było niezdolnych do żadnej służby w wojsku.

Przypadki z jednostronnemi zmianami po przebytem ropieniu ucha środkowego okazywały więc w 92% zupełną zdolność do służby wojskowej, przypadki zaś z obustronnemi zmianami w 80%.

Przewlekłe zmiany nieżytowe ucha środkowego spostrzegaliśmy stosunkowo rzadko; w 6 przypadkach zmiany były obustronne, w 14 przypadkach zaś jednostronne, z tego jednak w 10 przypadkach w drugiem uchu były także zmiany, tylko innego rodzaju.

Z przypadków z obustronnemi zmianami nieżytowemi 5 chorych miało lub osiągło całkowitą zdolność do służby wojskowej, w jednym przypadku była zdolność tylko do służby pomocniczej.

Z przypadków z jednostronnemi zmianami nieżytowemi 9 chorych miało lub osiągło zupełną zdolność do służby wojskowej, 5 zaś było do żadnej służby w wojsku niezdolnych.

Jeżeli uwzględnimy wszystkie przypadki ze zmianami nieżytowemi w uchu środkowem razem, to mniej więcej 70% chorych miało lub osiągło całkowitą zdolność do służby wojskowej.

Otosklerozę spostrzegaliśmy tylko 5 razy, przytem w jednym przypadku była ona jednostronną i ten chory był do służby frontowej zdolny; 4 zaś chorych miało zmiany w obydwóch uszach i ci chorzy wogóle do żadnej służby w wojsku nie byli zdolni.

Co do zmian w błędniku, to stwierdziliśmy w 12 przypadkach zajęcie błędnika z jednej strony, a w 23 przypadkach z obydwu stron. Z przypadków pierwszych mieli wszyscy chorzy słuch, dostateczny do służby frontowej, z wyjątkiem jednego, który nadawał się jedynie do służby pomocniczej.

Z przypadków z obustronnemi zmianami w błędniku tylko 8, t. j. około 30% chorych, miało słuch, dostateczny do służby frontowej, jeden chory nadawał się do służby pomocniczej, a 20, t. j. około 70%, było do żadnej służby w wojsku niezdolnych, między tymi był jeden przypadek silnego wstrząsu błędnika z nerwicą urazową po wybuchu granatu.

Tak więc z chorych na uszy 11% było niezdolnych do żadnej służby w wojsku, 3% było zdolnych do służby pomocniczej, 26% było bez zmian w narządzie słuchu, 92% miało lub osiągło zupełną zdolność do służby, a w 8% los chorych nie jest mi znany.

Przytoczone dane wskazują na wpływ chorób usznych na zdolność do służby wojskowej, wskazują też jednocześnie, że przy odpowiedniem leczeniu i przy odpowiednich warunkach dużo da się uratować. Dobre wyniki, jakie otrzymaliśmy przy leczeniu spraw ostrych, przypisać należy w znacznej mierze tej okoliczności, że chorzy oddawani

byli możliwie szybko w stałą opiekę szpitalną; także i dodatnie wyniki, jakie otrzymaliśmy przy leczeniu przewlekłego ropienia ucha środkowego, osiągnięto niewątpliwie przez to, że chorzy przebywali stale w szpitalu.

Dane, przez nas przytoczone, wskazują, że zdolność do służby wojskowej spada raptownie przy obustronnem zajęciu narządu słuchu. Pod tym względem najwymowniejsze są dane, odnoszące się do przewlekłego ropienia ucha środkowego i do zajęcia błędnika: przy obustronnem przewlekłem ropieniu ucha środkowego, podobnież i przy obustronnych zmianach w błędniku, zaledwie $^1/_8$ chorych jest lub staje się zdolną do służby frontowej, natomiast przy zmianach jednostronnych w błędniku byli wszyscy zdolni, a przy jednostronnem przewlekłem ropieniu ucha środkowego w 70% stali się zdolnymi do służby frontowej.

Przy leczeniu wojskowych oprócz spraw chorobowych ostrych najwięcej wchodzi w rachubę leczenie przewlekłego ropienia ucha środkowego. Musimy postawić sobie pytanie, czy chory na przewlekłe ropienie ucha środkowego jest zdolny do służby wojskowej, czy też nie. Na pytanie to musimy odpowiedzieć przecząco: przewlekłe ropienie ucha środkowego, jako takie, nie czyni chorego niezdolnym do służby frontowej. Mieliśmy sposobność spostrzegać często żołnierzy ze znacznemi zmianami w uchu środkowem, którzy przez czas dłuższy pełnili służbę na froncie bez jakiegokolwiek widocznego pogorszenia choroby. Widzimy też nieraz, że ludzie z przewlekłem ropieniem ucha środkowego pełnią nieraz służbę cięższą i w gorszych warunkach, niż służba wojskowa. Niemniej jednak ze względu na niebezpieczeństwo, jakie grozić może z powodu pogorszenia się cierpienia, chorzy z przewlekłem niewyleczonem ropieniem ucha środkowego są do służby frontowej niezdolni. Jeżeli ropienie pomimo leczenia ustąpić nie chce, to chorzy ci mogą być użyci do służby pomocniczej, lecz takiej, która im pozwala uszy odpowiednio pielęgnować.

Jeżeli ropienie ucha środkowego jest powikłane ropieniem kości, to wedle mego przekonania chorych takich powinno się uwolnić od wszelkiej służby w wojsku.

Muszę zwrócić jeszcze na jedno uwagę. Przy leczeniu przewlekłego ropienia ucha środkowego spotykamy się nieraz z tem, że pomimo usunięcia ropienia pozostaje w uchu pewna wilgotność; klasyfikowanie podobnych przypadków jako »trudne do wyleczenia« uważam za zbyt ostrożne.

Uważam też za nieodpowiednie i pozbawione podstaw rozpoznawanie »ropienia ucha, trudnego do wyleczenia« na podstawie jednorazowego tylko badania, szczególnie, jeżeli zmiany ograniczają się tylko do części miękkich. Ani obfita wydzielina, ani rozległość zmian w częściach miękkich nie uprawniają do takiego rozpoznania. Wszystkie przypadki przewlekłego ropienia ucha środkowego, w których zmiany ograniczają się do części miękkich, powinno się poddać leczeniu i dopiero, jeżeli leczenie w ciągu 6—8 tygodni pozostanie bez wyniku, mamy prawo mówić o ropieniu »trudno uleczalnem«.

Doświadczenia, zebrane w tej wojnie, posłużą niewątpliwie do zmiany poglądów na zdolność do służby wojskowej i będą niewątpliwie podstawą do zmiany odpowiednich przepisów; sądzę, że i przepisy o bystrości słuchu, koniecznej do służby wojskowej, należałoby może poddać rewizyi. Mojem zdaniem człowiek, głuchy na jedno ucho, przy zupełnie zachowanym słuchu na uchu drugiem, jest co najmniej tak samo do służby wojskowej zdolny, jak człowiek ze słuchem na jednem uchu na 1 metr, a 6 metrów na drugiem. Uwzględnićby też należało gatunek broni zależnie od zmian w narządzie słuchu. Chorzy z postępującemi zmianami w błędniku bezwarunkowo nie nadają się do służby na froncie, choćby posiadali słuch dostateczny; ludzie ci mogą być użyci do takiej służby, któraby wykluczała pogorszenie wskutek nadmiernego działania dźwięku na błędnik. Chorzy ze zmianami w uchu środkowem nadawaliby się więcej do obsługi wielkich dział.

Wspomnieliśmy, że u znacznej liczby badanych nie wykryliśmy żadnych zmian i że przypadki takie częściej zdarzają się między tymi, którzy zgłaszają się z cierpieniem narządu słuchu, niż między zgłaszającymi się z cierpieniem górnych dróg oddechowych. Przypadki te wymagają najdokładniejszego i najostrożniejszego badania. Wykrycie symulacyi jest wogóle niełatwe; tem trudniejsze jest w otyatryi. Podawanie jakichś ogólnych wskazówek i sposobów nie na wiele się przyda, istnieje tylko jeden pewnik i jeden sposób: jaknajdokładniejsze wszechstronne zbadanie narządu słuchu. Na jedno jednak muszę zwrócić uwagę. Mianowicie w wątpliwych przypadkach nie należy spieszyć się z wydawaniem ostatecznego sądu; w wielu przypadkach udało mi się wykryć symulacyę po dłuższej obserwacyi i po kilkakrotnem badaniu. W szczególnie trudnych przypadkach badanie wspólnie z lekarzem chorób nerwowych przyniosło pożądane wyjaśnienie.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr L. Marchlewski: **Podręcznik do badań fizyologiczno-chemicznych.** Metody fizyczne, ogólne chemiczne i analiza moczu. Kraków 1916. Nakładem Akademii Umiejętności.

Książka powyższa jest podręcznikiem dla słuchaczów szkół wyższych i lekarzy. Nie obejmuje ona, jak to zaznacza autor w przedmowie, całokształtu metod badania zagadnień fizyologicznych, lecz tylko najważniejsze metody fizyczne i ogólnochemiczne oraz analizę moczu. Nie przedstawia też ona dzieła, traktującego o istocie procesów chemiczno-fizyologicznych, lecz, jak sam już tytuł wskazuje, jest podręcznikiem, zawierającym wskazówki przy eksperymentowaniu w pracowni. Zadanie to wypełnia książka znakomicie.

W sposób niesłychanie zwięzły a jasny zapoznaje autor czytelnika z klasycznemi metodami badania widmowego (spektroskopii), badania nad skręcaniem światła spolaryzowanego (polarymetryi), badania przewodnictwa elektryczności w rozczynach oraz ciśnienia osmotycznego. Na 50 stronach podane są metody zasadnicze z najnowszemi udoskonaleniami, wynalezionemi lub wypróbowanemi w pracowni autora. Te opisy i wskazówki, które trzeba było zbierać i wyławiać z rozmaitych podręczników obcojęzycznych, zebrane zostały w jednym podręczniku i przedstawione z właściwą autorowi jasnością i potoczystością wykładu.

Część analityczną ogólną autor podał w skróceniu, wychodząc ze słusznego założenia, że piśmiennictwo polskie posiada już w tej dziedzinie wyczerpujące podręczniki. Wyczerpująco opracowana jest analiza moczu, przy uwzględnieniu obfitej literatury, zarówno klasycznej, jak i nowszej. Dział ten z natury rzeczy nie może stanowić tak zajmującej lektury, jak część ogólna książki, posiada jednak również wysokie zalety. Jeżeli weźmiemy jako przykład obszerny rozdział o węglowodanach, to znów uderza nas niezwykły dar autora wybrania rzeczy najważniejszych i ułożenia ich w całokształt, dający nam jaśniejsze i dokładniejsze pojęcie o przedmiocie, niż niejeden bardzo obszerny klasyczny podręcznik.

Książka ta stanie się z pewnością nieodzowną w bibliotece każdej polskiej pracowni lekarskiej, a czytelnik, który zapozna się z jej treścią, niecierpliwie oczekiwać będzie na pojawienie się dalszego ciągu dzieła.

Doc. Dr T. Koźniewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXVIII. Posiedzenie naukowe z d 18. XII. 1915.

Przewodniczy kol. Kucera; protokołuje kol. Szczepański. Obecnych członków 29.

Przewodniczący kol. Kucera podaje do wiadomości członków, że wpłynęło zaproszenie na posiedzenie naukowe lekarzy

wojskowych w d. 22. I. 1916, i że ostatnie posiedzenie Zarządu zastanawiało się nad sprawą, czy zwołać Walne Zgromadzenie i dokonać nowych wyborów, czy prowadzić na razie sprawy Towarzystwa w dawnym zarządzie. Uchwalono na zarządzie poprosić kolegów o zdanie na najbliższem posiedzeniu.

W dyskusyi kol. Pisek sądzi, że obecnie byłyby ogromne trudności w zwołaniu Walnego Zgromadzenia, dlatego wnosi, by uprosić obecny zarząd, by zechciał dalej urzędować. — Wniosek ten w głosowaniu przyjęto.

Porządek dzienny:

I. Kol. Orzechowski przedstawił przypadek **myotonia congenita**. (Ponieważ mówca obiecał na przyszłem posiedzeniu przedstawić jeszcze jeden przypadek myotonii, referat z obu demonstracyi będzie zamieszczony w następnym protokole).

W dyskusyi nikt głosu nie zabierał.

II. 1) Kol. Franke przedstawia chorego, l. 35, żołnierza z oddziału wewnętrznego szpitala garnizonowego we Lwowie, który się zgłosił w połowie grudnia; przed przybyciem do szpitala chorował 3 dni. Przyszedł z obrzękami kończyn dolnych, znaczną ilością białka w moczu, lecz mowca nie z tego powodu przedstawia chorego. Ponieważ u wszystkich chorych w oddziale chorób wewnętrznych z innych powodów przeprowadza się próbę Widala, przeto i u tego chorego badano krew. Odczyn Widala, wykonany w zakładzie prof. Kucery, był dodatni 1:50 i 1:100. Chory miał nie przechodzić duru brzusznego, ani też nie wstrzykiwano mu szczepionek ochronnych. Badanie krwi na żółci wykazało **we krwi prątki durowe, bez żadnych zresztą objawów duru brzusznego.**

Dyskusya. Kol. Kucera: Dawniej często mówiono o durze nerkowym (nephrotyphus), śledzionowym (splenotyphus) (Eiselt) i t. d., jeżeli niektóre narządy przy durze brzusznym już z samego początku choroby były wybitnie zajęte, a równocześnie brak było klasycznych objawów durowych. Jeżeli przychodziło do sekcyi, to zawsze jednak znajdowano zmiany w jelitach, choć nieraz tylko kilka wrzodów. Możliwe więc, że i przypadek przedstawiony przecież będzie przebytym durem brzusznym ze zmianami w nerkach i z wyjątkowo długo utrzymującymi się prątkami we krwi.

2) Kol. Franke przedstawia chorego, który, ranny w płuca, po wyleczeniu pracował w szpitalu jako dozorca chorych, ale praca przychodziła mu z trudnością, przyczem bardzo się męczył. Badanie narządów wewnętrznych wykazuje stare zrosty opłucne i mierne powiększenie śledziony; w moczu zmian niema. Zwraca jednak uwagę sinawoczerwonawe zabarwienie twarzy i dziąseł. Badanie pierwsze wykazało 6,000.000 ciałek czerwonych, hemoglobiny (Sahli) 86. Następne badanie, wykonane po 2 tygodniach, wykazało 9,000.000 ciałek czerwonych, 7.600 ciałek białych, hemoglobiny (Sahli) 108. Parcie krwi 170. Mamy zatem do czynienia z **polycythaemia rubra**, o której z naszych autorów pisał obszernie Rencki. Osler uważa wszystkie przypadki policytemii za gruźlicę śledziony. Czy w przedstawionym przypadku zachodzi jaki związek przyczynowy pomiędzy zranieniem w płucu a policytemią, trudno powiedzieć.

W dyskusyi nikt głosu nie zabiera.

III. Kol. Nelken przedstawia 3 przypadki **czynnościowych zaburzeń chodu.**

1) Rekrut T. B., 39 l. Objawy: kolano przegięte (genu recurvatum) prawostronne, prawie całkowite porażenie całej prawej dolnej kończyny, znieczulenie stopy i goleni aż do kolan z anatomiczną linią graniczną. Brak objawów organicznych, specyalnie brak objawów wiądu rdzenia. Ogólne wychudzenie, wczesne osiwienie, silne pocenie się, drżenie, dermografia. Objawy te powstały w marcu 1915 po potknieciu się i upadku z kilku schodów. Rozpoznanie: histerya urazowa znacznego stopnia.

2) Pisarz wojskowy, J. M., l. 44, cierpi obecnie na zawroty głowy i chód bezładny; chodzi i stoi na szeroko rozstawionych nogach o kiju. Puszczony bez podpory na środku pokoju nie pada, lecz w drobnych podskokach zbliża się do najbliższego mebla. Przesadna reakcya uczuciowa; od 8 lat nerwowy. Rozpoznanie: bezład (ataxia) histeryczny.

3) Rekrut W., l. 21. Całkowita astazya-abazya z zupełnie widoczną świadomą agrawacyą. O ile chodzi, posuwa się wolno boczkiem i nagle pada na ziemię, z upodobaniem rozbijając sobie głowę, pod wpływem prądu faradycznego biega bez żadnych zaburzeń. Ma zwykłe cielesne objawy nerwicowe i niedomogę zastawki dwudzielnej, o której nie wie.

W związku z pokazanymi przypadkami omawia kol. Nelken nikły wpływ sugestyi w przypadkach histeryi u poborowych, oraz trudności w rozgraniczaniu podświadomej symulacyi od świadomej i w ocenie praktycznej tego rodzaju przypadków.

Dyskusya. Kol. Orzechowski tłumaczy zmianę w kończynie dolnej prawej u chorego pierwszego w ten sposób, że u niego istniała wielka wiotkość powięzi; skutkiem urazu i następowego długotrwałego opatrunku ustalającego jeszcze bardziej zwiotczały powięzie i wytworzyło się kolano przegięte (genu recurvatum).

IV. Kol. Hornowski wygłasza wykład: **O zmianach w gruczołach wewnętrznego wydzielania u chorych umysłowo, zmarłych bez widocznej przyczyny.**

Po omówieniu przyczyn śmierci u umysłowo chorych, zmarłych bez widocznej przyczyny, według dzisiejszych poglądów różnych psychiatrów, przedstawia prelegent wyniki swoich badań w 32 przypadkach śmierci u umysłowo chorych, zmarłych bez widocznej przyczyny Prelegent badał w tych przypadkach wszystkie gruczoły wewnętrznego wydzielania. Spostrzegane przez siebie przypadki dzieli prelegent na dwie grupy: 1) chorych zmarłych w podnieceniu, 2) chorych zmarłych bez podniecenia. We wszystkich tych przypadkach znajdował prelegent schorzenie lub niedomogę wrodzoną, albo też nabytą kilku gruczołów wewnętrznego wydzielania. Na pierwszem miejscu stoją schorzenia nadnerczy, potem przysadki, tarczycy, wreszcie i innych gruczołów wewnętrznego wydzielania. U chorych zmarłych w podnieceniu najczęściej znajdował prelegent braki wrodzone lub wyczerpanie układu chromochłonnego, u chorych zmarłych bez stanów podniecenia na ogół wszystkie gruczoły wewnętrznego wydzielania wykazywały oznaki osłabionej czynności. Na tej zasadzie prelegent przypuszcza, iż we wszystkich takich niewyjaśnionych przypadkach bezpośrednią przyczyną śmierci jest niedomoga gruczołów wewnętrznego wydzielania, wskutek której wytwarza się równowaga niestała w ustroju, przyczem najmniejsza przyczyna, wymagająca wzmożonej działalności tych gruczołów, może doprowadzić do ich zupełnego wyczerpania i tem samem do zahamowania szeregu czynności życiowych, co pociąga za sobą śmierć.

Dyskusya: a) Kol. Orzechowski: Zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania mogą być jednak drugorzędne i być następstwem zmian układu nerwowego, bo punkt wyjścia może być w mózgu; nie mamy dotychczas dokładnych metod, któreby nam te zmiany wykazać mogły. To, co twierdzi Reichardt, że obrzęk mózgu jest przyczyną nagłej śmierci, wydaje się mowcy prawdopodobnem. Na dowód, jak niepomiernie szybko mózg może zmienić swoją objętość, mowca podaje 2 przypadki, w których podczas trepanacyi czaszki bezpośrednio widział rażące zwiększenie się, względnie zmniejszenie się mózgu. Wobec tego wydaje się rzeczą zupełnie możliwą, że obrzęku mózgu, który wywołał nagłą śmierć, na sekcyi już stwierdzić się nie da. — b) Kol. Pisek, nie chcąc wcale zmniejszać doniosłości badań Hornowskiego, zwraca jednak uwagę, że łatwo można wziąść zmiany następowe za pierwotne. — c) Kol. Hornowski na zapytanie kol. Nelkena co do podziału klinicznego zmarłych, podaje, że były to wszystko przypadki porażenia postępującego, a zmian w mózgu nie było. — d) Kol. Kucera przytacza jako przykład, jak łatwo mogą ujść uwagi poważne zmiany patologiczne, dwa znane mu przypadki sekcyi sądowych z powodu nagłej śmierci, gdzie pozornie nie było żadnych zmian, a dopiero dodatkowo wykryto zserowacenie nadnerczy. Te grube i dzisiaj nie dające się już przeoczyć zmiany odpowiadałyby zresztą poglądom kol. Hornowskiego. Z drugiej strony prelegent może zanadto podkreślił znaczenie niektórych zmian w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu. Obecność n. p. koloidu, a nawet wybroczyn w tarczycy jest zbyt częstem zjawiskiem, aby módz mu przypisać takie znaczenie, jak to prelegent w jednym ze swoich przypadków podaje. — e) Kol. Hornowski: Jeżeli anatomopatolog pomimo najszczegółowszego badania nie znajduje na sekcyi zmian, któreby mu wytłómaczyły przyczynę śmierci, a z drugiej strony wykazuje zmiany w gruczołach wewnętrznego wydzielania u zmarłych bez widocznej przyczyny, ma prawo do tych właśnie widocznych zmian odnosić przyczynę śmierci.

Sekretarz: Z. Szczepański.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 31. I. 1917 posiedzenie, na którem przyjęto do wiadomości, iż prezydyum Towarzystwa wysłało pismo powitalne do I Zjazdu

polskiej medycyny wojennej, poczem prezes Towarzystwa zdał sprawę z konferencyi w sprawie sanitarnego wyodrębnienia Galicyi, odbytych 23. I. w Wiedniu z JE. Ministrem dla Galicyi i JE. Prezesem Koła polskiego przez przedstawicieli obu Izb lekarskich i wszystkich Towarzystw lekarskich. Następnie Dr J. Nowaczyński wygłosił wykład: »O wrzodzie dwunastnicy«. W dyskusyi przemawiali: kol. Herman Hirsch, Glassner, Oszacki i prelegent.

Następne posiedzenie odbędzie się dnia 7. lutego w klinice neurologicznej (ul. Kopernika 48).

— Jak się dowiadujemy, opracowuje prof. Dr Rosner podręcznik ginekologii, a prof. Dr Wachholz nowy podręcznik medycyny sądowej.

— Z urządzonych przez Nowotarskie Koło walki z gruźlicą wykładów popularnych dwa odbyły się w Zakopanem (Dr Dłuski i Dr Kuczewski), dwa w Nowym Targu (Dr Piątkowski i Nowakowski).

Lwów. Wydział lekarski lwowski liczy w bieżącem półroczu 312 słuchaczy.

— W d. 20—22 II. b. r. odbędzie się we Lwowie Zjazd wojskowolekarski armii austryackich.

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrani zostali 2. I. 1917 członkami honorowymi doktorzy: Jan Bieliński, Aleksander Dobrzański, Aleksander Jaworowski (z Lublina), Konstanty Karwowski, August. Kwaśnicki (z Krakowa), Wacław Lasocki (z Nałęczowa), Antoni Michałowski (z Żelechowa), Stanisław Rybicki, Feliks Sommer i Wincenty Szyszłło. Sami to najzasłużeńsi pracownicy, którzy w najgorszych czasach utrzymali niejedną placówkę narodową; wielu z nich było uczestnikami powstania 1863 r.

— Towarzystwo higieniczne wydało »Wstęp do projektu prawa o ochronie zdrowia publicznego w Polsce«, opracowany przez Dr Polaka.

— Komitet, organizujący pierwszy Zjazd, poświęcony polskiej medycynie wojskowej, wybrał przewodniczącym dziekana Wydziału lekarskiego prof. Dr Leona Kryńskiego, wiceprezesami Dr Ciechomskiego i Dr Radziwiłłowicza; sekretaryat generalny objął Dr Leon Wernic. Do komitetu wchodzą: Zarząd Polskiego Towarzystwa medycyny społecznej, Dr Wacław Męczkowski; delegaci: Wydziału lekarskiego prof. Edward Loth i Konopacki, Stowarzyszenia lekarzy Dr: A. Żurakowski, Koelichen i Borzymowski, Towarzystwa higienicznego Dr: Certowicz, Karwacki i Ruppert oraz Dr Przemysław Rudzki i przedstawiciel Warszawskiego Towarzystwa opieki nad inwalidami Dr Łuczyński.

Oprócz poprzednio podanych (ob. Nr 4 »Przeglądu lekarskiego« str 36) zgłoszono na I Zjazd polskiej medycyny wojennej następujące wykłady: 1) O współczesnych potrzebach lekarskich armii polskiej, ref. prof. Loth i Dr E. Bobrowski. 2) Pokaz zarazków tyfusu plamistego — Dr Leon Karwacki. 3) Kilka uwag o leczeniu ran postrzałowych czaszki, w polu — Dr A. Domasiewicz. 4) Pokaz preparatów anatomicznych ran postrzałowych — prof. Dr Kryński. 5) Rany postrzałowe klatki piersiowej i płuc — Dr Fr. Kijewski. 6) O wskazaniach operacyjnych w postrzałach brzucha — Dr Borzymowski. 7) O znieczulaniu przez odbytnicę — Dr Kijewski. 8) Etyologia, patogeneza i leczenie niechirurgiczne gangreny gazowej — Dr L. Karwacki. 9) Pokaz nowej metody wyjaławiania wody i mleka — Dr T. Heryng. 10) Pokaz rentgenograficzny w sprawie działania pocisków i lokalizacyi ich w ciele ludzkiem — Dr Grudziński. 11) Choroby oczu na wojnie — Dr Z. Kramsztyk.

Z różnych stron. W drugim zeszycie kijowskiego »Polskiego Miesięcznika lekarskiego« (z listopada 1916) oprócz prac oryginalnych, które wymieniamy w zwykłej rubryce, znajduje się obfity dział sprawozdawczy (w nim m. i. zajmujące szczegóły o organizacyi lekarskiej w wojsku francuskiem), dalej sprawozdanie z posiedzeń Polskiego Towarzystwa lekarskiego w Kijowie (z kwietnia i października 1915), w kronice zaś kilka wiadomości o działalności lekarzy polskich po tamtej stronie pola

walk. I tak: Polski Komitet pomocy sanitarnej działał w 11 miejscowościach, porad ambulatoryjnych w ostatnim kwartale 1916 udzielił 8.582, porad w mieszkaniach 2.646, dni szpitalnych 15.172; naczelnym lekarzem jest Dr Leon Pękosławski. Dr Adam Modrzewski z Kijowa został konsultantem szpitala, utrzymywanego kosztem polskim dla Polaków przy kijowskim Komitecie gubernialnym Związku ziemstw. Na kursach Polskiego Komitetu pomocy sanitarnej kształciło się w pielęgnowaniu chorych 105 Polek. Dowiadujemy się też z kroniki o istnieniu komitetu p. n. »Wielka Brytania — Polsce i Galicyi«, utworzonego w r. 1914 za staraniem ks. Bariatyńskiej, który w r. 1915/16 wydał $1^1/_2$ miliona porcyi pożywienia kosztem 228.000 rb. i utworzył stypendyum dla Polek, słuchaczek żeńskiego Instytutu lekarskiego w Petrogradzie. Czy w pracy tego komitetu uczestniczą Polacy, niewiadomo.

— W tegorocznym Nr 3 »Deutsche medizinische Wochenschrift« znajduje się w odcinku artykuł Dr Kassla z Poznania p. t. »Polska w historyi medycyny«. Ukazanie się jego jest znamieniem chwili... Autor zaczyna od stwierdzenia, że »niewątpliwie istnieje wysoka kultura polska, nie zagrzebana w muzeach, ale żywa«. W tym względzie wiele, zdaniem autora, zmienił ciąg wieków; szczególnie zaś ubogo przedstawiała się dawna polska medycyna. Bo też autor poza Miechowitą, Strusiem, Chrościewskim i Wojciechem Poznańczykiem nie zna innych starych lekarzy polskich. »Dla zupełności« przytacza jeszcze tylko Petrycego, zwąc go Patriciusem i »cudzoziemcem, urodzonym w Pilznie« (widocznie myśli autor o Pilznie czeskiem). Zakończenie artykułu jest zaś następujące: »Sprawa lekarzy na kresach wschodnich (Ostmark) jest ważną częścią zagadnienia kresowego, bo lekarz, jak każdy absolwent uniwersytetu, obejmuje tu rolę narodowopolitycznego szermierza i krzewiciela kultury. Według tego zastosował rząd pruski swe postępowanie. Nie tu miejsce sądzić, czy było ono dobre. Możemy jednak jedno powiedzieć bez wahania: dzisiejszy lekarz polski jest wprost przeciwieństwem swych poprzedników w dawnej Polsce. Jest on czynnikiem kultury, wysoko stojącym umysłowo i obyczajowo, a bierze jak najgorliwiej udział we wszystkich tych korzyściach kulturalnego wykształcenia, które mu zapewniają nowe rządy«.

Godziłoby się wiadomości o dawnej polskiej medycynie, podane przez Dr Kassla, sprostować.

Mianowani: dyrektorem Instytutu terapii eksperymentalnej we Frankfurcie (na miejsce zmarłego prof. Ehrlicha) prof. Kolle z Berna.

Zmarli: Dr Stanisław Krasowski, dyrektor szpitala w Stanisławowie, wybitny chirurg, prawy i zacny człowiek, padł ofiarą duru osutkowego; Dr Adam Bauerertz, były współredaktor »Kroniki lekarskiej«, w Warszawie w 71. r. ż.

Redakcya otrzymała: Bronowski: Kilka myśli o walce ustroju ludzkiego z czynnikami zakaźnymi ze szczególnem uwzględnieniem roli w tej walce układu chłonnego. (Gaz. lek. 1916).— M. Bornstein: O odrębnym typie rozszczepienia psychicznego (schizothymia reactiva). Warszawa 1916. (Z zapomogi kasy im. Mianowskiego). Stron 85. — Machek: An operation for ptosis with the formation of a fold in the upper lid. (Arch. of ophthalmology, New York 1915).

Bibliografia.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1917.

Gazeta lekarska Nr 1—4.: Pruszyński: Słowo wstępne. — Czubalski: Wyciągi z narządów, a wydzielanie wewnętrzne (1).— Jonscher: Hydroplazma w puchlinie głodowej w porównaniu z innymi stanami chorobnymi (2—3). — Żółtowski: Epidemia duru plamistego w kutnowskiem (2). — Bartkiewicz: Uwagi nad leczeniem chirurgicznem przepuklin (3). — Popiel: Organoterapia mięśniaków macicy (4—5). — Moniuszko: Jeszcze kilka słów o usypianiu zapomocą wlewania eteru z oliwą do kiszki prostej (4).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 1—3.: Orłowski: W sprawie t. zw. anozognozyi (1—2). — Stabholz i Kaczyński: Przyczynek do kazuistyki wstecznego uwięźnienia jelit (1). — Srebrny: O krwiopluciu (2—3). — Brenneisen: Leczenie przetok dziąsłowych i ropni okołowierzchołkowych (3—4).

Polski Miesięcznik lekarski (Kijów). Nr 2.: (Listopad 1916). Leszczyński: Rozważania z zakresu nauki o kile: II. Zasady nowoczesnego leczenia kiły. — Zieliński Edward: Hipnoza bojowa. — Pacewicz: Odczyn aglutynacyjny przy szczepieniach ochronnych duru brzusznego.

Kronika dentystyczna Zesz. 1.: Grohn: Przekrwienie zastoinowe i zasady stosowania tegoż w dentystyce.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 7. lutego** 1917 o godzinie 6 wieczór **w klinice neurologicznej.** Na porządku dziennym: 1) Prof. Latkowski: Demonstracya chorych. — 2) Wykład prof. Piltza: O nerwicach wojennych i ich leczeniu na podstawie własnych spostrzeżeń (z demonstracyą kinematograficzną i z przedstawieniem chorych).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.